FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 1259.

INTERVENŢIUNELE CHIRURGICALE

IN

LUXAŢIUNELE SCAPULO-UMERALE

TRAUMATICE VECHI NEREDUCTIBILE

(Procedeul D-lui Prof. Severeanu)

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ŞI SUSŢINUTĂ LA 10 DECEMBRIE 1912

DE

ROMULUS N. POPESCU

BUCUREŞTI
TIPOGRAFIA PROFESIONALA, DIM. C. IONESCU
9 — STRADA CÂMPINEANU. — 9
1912

2 Hex.

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 1259.

INTERVENŢIUNELE CHIRURGICALE

IN

LUXAŢIUNELE SCAPULO-UMERALE

TRAUMATICE, VECHI NEREDUCTIBILE

(Procedeul D-lui prof. Severeanu)

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ŞI SUSŢINUTĂ LA 10 DECEMBRIE 1912

DE

ROMULUS N. POPESCU

INSTITUTUL MEDICO FARMACEUTIC
BUCUREŞTI
BIBLIOTECA CENTRALĂ
Invent. Nr. 4/2045

BUCUREŞTI
TIPOGRAFIA PROFESIONALA, DIM. C. IONESCU
9. — STRADA CÂMPINEANU. — 9
1912

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

Decan: D-l Profesor Dr. M. PETRINI-GALATZ

PROFESORI

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	**Angelescu C.**
Chimia medicală	„ „	**Athanasescu N.**
Anatomia patologică } *Bacteriologia şi patologia experimentală*	„ „	**Babeş V.**
Clinica II medicală	„ „	**Buicliu St. Chr.**
Medicina experimentală	„ „	**Cantacuzino I.**
Medicina operatorie	„ „	**Demosthene Ath.**
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	**Herescu P.**
Anatomia topografică } *Clinica I chirurgicală*	„ „	**Ionnescu Th.**
Farmacologia şi clinica terapeutică	„ „	**Minovici M.** (supl.)
Clinica boalelor nervoase	„ „	**Marinescu G.**
Fizica medicală	„ „	**Miculescu C.**
Medicina legală	„ „	**Minovici M.**
Clinica III-a medicală	„ „	**Ṣanu-Muscel I.**
Istologia normală şi Embriologia	„ „	**Obregia Al.** (supl).
Fiziologia umană	„ „	**Paulescu N.**
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„ „	**Petrini-Galatz M.**
Patologia generală	„ „	**Proca Gh.**
Anatomia descriptivă	„ „	**Petrini Paul**
Patol. chir., bandaje şi apar. de fracturi	„ „	**Rômniceanu Gr.**
Clinica III-a chirurgicală	„ „	**Angelescu** (supl)
Zoologia medicală	„ „	**Sihleanu St.**
Igiena şi poliţia sanitară	„ „	**Sion V.**
Clinica I-a medicală	„ „	**Stoicescu G.**
Clinica mentală	„ „	**Obregia Al.**
Terapeutica experimentală	„ „	**Theohari A.**
Clinica infantilă	„ „	**Thomescu N. C.**
Patologia medicală	„ „	**Thomescu I. Th.**
Botanica medicală	„ „	**Vlădescu M.**

AGREGAŢI

Clinica boalelor oto-rino-laringologice	Dl Dr.	**Felix Eug.**
Farmacia chimică şi galenică	„ „	**Georgescu M.**
Anatomia topografică	„ „	**Gerota D.**
Oftalmologia şi clinica oftalmologică	„ „	**Stănculeanu G.**
Clinica şi teoria obstetricală	„ „	**Gheorghiu N.**

JURIUL DE PROMOŢIUNE

Preşedinte:	D-l	Profesor	Dr.	IONNESCU TH.
Membrii	»	»	»	ROMNICEANU GR.
	»	»	»	DEMOSTHENE ATH.
	»	»	»	ANGELESCU C.
	»	»	»	THEOHARI A.
Suplinitor	»	Docent	»	RACOVICEANU N.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprimă nici aprobare nici desaprobare.

INTRODUCERE

Din vastul capitol al luxaţiunilor scapulo-umerale, care sunt de trei categorii: **recente, recidivante** *şi* **vechi,** *nu mă voi ocupà decât de acestea din urmă şi în special de luxaţiunile traumatice vechi, pe care metodele nesângerânde, încercate odată sau de mai multe ori, nu au reuşit să le reducă. Tendinţa chirurgilor moderni este de a părăsì cu totul vechile metode de reducţiune, mai ales procedeele de forţă, care, pe lângă că nu reuşesc de cele mai multe ori, sunt şi periculoase.*

De asemenea, dintre intervenţiunile chirurgicale, **osteotomia, osteoclasia** *şi* **tenotomia** *au fost cu totul părăsite, preferându-se astăzi acele procedee care fac cât mai accesibilă articulaţiunea, spre a se puteà lucrà în siguranţă şi cu preciziune.*

Mi-am propus a arătà în lucrarea de faţă superioritatea procedeului de **arthromie** *imaginat de* **Savantul Prof. Dr. Severeanu** *şi comunicat încă din 1893 la* **„al VII-lea congres de chirurgie francez“,** *care procedeu şi astăzi trebue preferat tuturor celorlalte, fiind singurul ce ne face accesibilă articulaţia într'un câmp larg deschis, evitând, în acelaş timp, vena cefalică şi nesacrificând muşchiul deltoid.*

Pentru a fi mai clar, în desvoltarea subiectului tezei mele, am împărţit expunerea în următoarele părţi :

A. **Consideraţiuni generale.**

I. Definiţiuni.
II. Etiologie.
III. Anatomie patologică.
IV. Diagnostic.

B. **Tratament.**

I. Metode nesângerânde.
II. Intervenţiuni chirurgicale.
Arthrotomie.
Rezecţiune.
III. Tratament post-operator.

C. **Observaţiuni.**

D. **Concluziuni.**

Mai înainte însă, de a intrà în studiul subiectului ce mi-am propus să tratez, găsesc că e o datorie din parte-mi, de a aduce **Domnului Profesor Dr. Thoma Ionnescu,** *Rectorul Universităţei din Bucureşti şi Preşedintele tezei mele, omagiile mele de respect şi profund devotament, pentru deosebita cinste ce mi-a făcut, încredinţându-mi subiectul de faţă şi primind în acelaş timp preşedinţia tezei, cum şi pentru cunoştinţele pe care le-am căpătat, tot timpul cât am urmat instructivul Domniei-Sale serviciu.*

Domnului Profesor Dr. Severeanu, *fost medic primar al serviciului chirurgical dela spitalul Colţea şi iniţiatorul procedeului ce mi-am propus a susţine în lucrarea de faţă, îi datorez cel mai înalt respect şi recunoştinţă pentru preţioasele cunoştinţe ce am căpătat în timpul cât am fost* **extern** *al serviciului Domniei-Sale.*

Omagiile mele de recunoştinţă Domnilor Medici Primari, **Prof. Dr. Herăscu, Dr. Anghelovici** *şi* **Dr. Grozovici** *în ale căror servicii spitaliceşti am funcţionat ca* **extern** *şi mi-am format o parte din educaţiunea medicală.*

Juriului meu de promoțiune și Domnilor Profesori ai Facultății de Medicină: recunoștință, respect și devotament.

Domnului Profesor A. Theohari, *înaltă stimă și admirațiune.*

Voi rămâne în totdeauna recunoscător **Domnului Profesor Dr. Amza Jianu,** *care mi-a inspirat subiectul tezei mele și mi-a dat indicațiunile necesare în alcătuirea acestei lucrări.*

Pe **Domnul Dr. Adrian Poenaru,** *chirurg Primar al spitalului Filantropia din Craiova, îl asigur de deosebită stimă și devotament, pentru amabilitatea și bunăvoința ce a avut față de mine, cât și pentru cunoștințele clinice ce am dobândit în timpul cât am funcționat ca* **intern** *al serviciului Domniei-Sale.*

Părinților *și fratelui meu* **Sabin,** *dedic această lucrare inaugurală în semn de nețărmurită iubire și recunoștință.*

Surorilor mele și celuilalt frate, dragoste desăvârșită.

Colegilor mei de studiu și de spital, amintiri plăcute.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545818_0024

A. CONSIDERAŢIUNI GENERALE

I. DEFINIŢIUNI.

Inainte de a intrà în studiul chestiunei ce ne-am propus a desvoltà, credem că e necesar de a arătà în câteva cuvinte, când o luxaţiune scapulo-umerală poate fi considerată ca veche şi ce înţelegem prin o luxaţiune nereductibilă.

Adeseori s'a asimilat, în mod greşit, luxaţiunile vechi cu cele nereductibile; căci, dacă e adevărat, după cum zice *Morestin,* că o luxaţiune veche e de obicei şi nereductibilă, întâlnim însă şi luxaţiuni recente care sunt dela început nereductibile.

Tillaux pretinde că după o lună luxaţiunea poate fi considerată ca veche. De ordinar, însă, o luxaţiune se consideră veche când regiunea atinsă nu mai prezintă, nici reacţiune, nici tumefacţie, nici durere; şi ca să ajungă în această stare îi trebue aproximativ 3—4 săptămâni *(Sedillot),* după care timp bolnavul poate să execute, fără durere, puţinele mişcări pe care le mai permite noua stare a articulaţiei *(Albert).*

Vom privì ca nereductibilă orice luxaţiune refractară mijloacelor de reducere nesângerânde, care au fost aplicate, metodic, odată sau de mai multe ori.

De acì rezultă că o luxaţiune, care pentru un chirurg trece ca nereductibilă, să poată fi redusă de un altul mai abil. In luxaţiunile vechi nereductibilitatea depinde de transformarea sau modificarea ţesuturilor periarticulare şi articulare şi deci numai anatomia patologică poate să ne

deà adevărata noţiune a epocei când se mai pot încercà, în mod raţional, reducţiunile tardive *(Chassaignac)*.

Asupra timpului necesar ca o luxaţiune să devie nereductibilă, din punct de vedere anatomo-patologic, autorii nu sunt de aceeaş părere.

Malgaigne bazat pe numeroase autopsii, practicate de el şi de alţii, a ajuns la o astfel de variaţiune, încât declară că e imposibil de a aveà în această chestiune o cunoştinţă exactă; totuşi *Vallet* formulează următoarele concluzii: „Pentru localizările umerale se poate încercà reducţiunea până la a 2-a sau a 3-a lună; 2 luni pentru luxaţiunile intracoracodiene; 3 luni pentru cele subcoracoidiene şi subglenoidiene. Luxaţiunile subspinoase şi subacromiale pot fi reduse şi mai târziu la a 5-a—6-a lună".

Pentru a arătà, însă, că nu se poate precizà cu aşà exactitate, când o luxaţiune devine absolut nereductibilă, n'avem decât să citàm că *Sédillot* a redus o luxaţiune scapuloumerală după un an şi 15 zile, iar *König* una după 8 ani; pe de altă parte *Desault* nu cutezà să reducă luxaţiuni mai vechi de 15—20 zile.

Prin urmare, conchidem că e bine să încercàm totdeauna reducţiunea prin mijloacele nesângerânde, cu condiţiunea însă de a ţine seamă, de etatea bolnavului, de varietatea luxaţiunei, de starea constituţională a individului, de maladiile anterioare ale articulaţiunei bolnave şi să nu întrebuinţàm o forţă prea mare.

Cu *Nélaton* putem privì nereductibilitatea în trei perioade: „în primele zile nereductibilitatea e excepţională, datorită la interpunerea sau contractura unui tendon, sau prezenţa unui fragment osos, etc. După 15 zile ţine de strangularea extremităţii umerale prin marginile rupturei capsulare; şi în fine în a 3-a perioadă, după 2 luni, avem o luxaţiune învechită prin modificările capsulare, ligamentoase, musculare şi osoase, ce fac articulaţiunea nereductibilă, modificări ce le vom studià la capitolul de anatomie patologică.

II. ETIOLOGIE

Nu ne vom ocupà de mecanismul prin care se produce o luxaţiune în urma unui traumatism, neintrând în cadrul lucrărei noastre, ci vom arătà, pe scurt, care sunt cauzele ce fac ca o luxaţiune scapulo-umerală să devie veche şi nereductibilă.

In primul rând este *neglijenţa bolnavului,* care se lasă în voia soartei, sperând ca natura singură să-i redeà integritatea mişcărilor membrului devenit impotent în urma traumatismului. Numai târziu de tot se decid a consultà medicul şi a face apel la arta sa, atunci când luxaţiunea s'a învechit şi reducerea nesângerândă nu mai e posibilă.

Uneori se întâmplă că medicul nu-şi poate dà seama dela început că are de aface cu o luxaţiune, mai ales când e inflamaţie mare şi durere ce jenează exploraţia şi astfel comite o eroare de diagnostic; dar, de cele mai multe ori, inflamaţia şi durerea dispar înainte ca luxaţiunea să fi avut timpul să se învechească şi atunci diagnosticul nu mai e aşà dificil.

In fine, unul dintre factorii etiologici, cei mai frequenţi, e prezenţa unei fracturi a extremităţei superioare a umerului, ce complică deplasarea şi care e greu de diagnosticat.

Radiografia ne pune pe cale, însă nici ea nu e un mijloc de investigaţie ireproşabil; câte odată superpunerea de umbre, într'o luxaţiune în care smulgerea de ligamente e totdeauna posibilă, jenează aprecierea conturilor osoase

şi lasă în suspensiune diagnosticul de fractură ; altădată, din contra, umărul diformat proectează umbre, ele însăşi deformate, nepermiţând de a aprecià exact situaţiunea relativă a capului umeral în raport cu glenoida, menţinute depărtate unul de alta printr'un extravasat sanguin-articular.

Pe de altă parte, diagnosticul fiind confirmat chiar, tratamentul acestei leziuni complexe nu e aşà eficace ca în cazurile simple şi metodele clasice în prezenţa unei luxaţiuni complicată de fractură, conduc cele mai adeseori la luxaţiuni învechite, nereductibile, a căror etiologie o formează în bună parte.

III. ANATOMIE PATOLOGICĂ

Capitolul de anatomie patologică constitue, poate, partea cea mai bine studiată, cea mai clasic descrisă, a luxaţiunilor scapulo-umerale vechi. Noi ne vom încercà a rezumà pe cât se poate de concis, diferitele modificări ce încearcă părţile constitutive ale articulaţiunei.

1. *Capsula* şi *ligamentele.* — Capsula în luxaţiile recente prezintă o ruptură dela orificiul subscapularului până la polul inferior al cavităţei glenoide — aproape totdeauna această ruptură se face în vecinătatea omoplatului.

Partea posterioară a capsulei — *banda de oprire a lui Farabeuf* — se comportă în mod diferit, după cum marea tuberozitate este sau nu smulsă. In primul caz, marea tuberozitate recade pe cav. glenoidă, pe care caută să o astupe, şi poate constituì, dela început, o cauză de nereductibilitate, ce se va agravà în urmă, prin interpunerea fragmentului osos între cavitate şi capul umeral, pe care voim a-l reduce.

In cazul al 2-lea, adică când marea tuberozitate n'a fost smulsă, după cum a arătat *Nélaton* (1888), capsula încearcă oarecare modificări ce evoluează în 2 timpi: 1. Strângerea cicatricială a marginelor rupturei capsulare prin care a trecut capul umeral; 2-lea, retracţia totală a capsulei, ce face cavitatea capsulară prea mică, spre a mai puteà conţine capul. Pe lângă aceasta, se adaogă ţesutul fibros de neoformaţie, de aspect cicatrical, ce imobilizează

capsula cu care se confundă, şi în aceste condiţiuni, capul umeral a pierdut într'adevăr dreptul de domiciliu.

In nearthoza [1]), în formaţie, se constituesc ligamente noui, sub aspect de bande fibroase, care se inseră pe deoparte pe marginea nouei cavităţi, iar pe de alta pe colul umeral, fără a aderà la partea cartilaginoasă a capului. Capsula neoformată cuprinde două părţi: una posterioară, constituită din vechea capsulă, şi una anterioară, foarte groasă, rezistentă, adeseori aderentă la vase şi la nervi. Aceste două părţi se reunesc, pentru a formà capului un manşon absolut închis.

Malgaigne, a mai semnalat existenţa a unei puternice reţea fibroasă, ce se întinde dela faţa inferioară a acromionului, până la capul umeral, la nivelul marei tuberozităţi.

2. *Muschii* şi *tendoanele.* — Pe lângă alteraţiunile şi schimbările ordinare de raporturi, pe care muschii le încearcă dela început, s'au semnalat şi oarecare deplasări accidentale.

Aşà *Cahier* ne citează cazul unei luxaţiuni a tendonului lungei porţiuni a bicepsului, în afară de teaca sa; alţi autori, cazuri de dezinserţie cu smulgeri osoase a tendoanelor inserate pe tuberozităţi. Mai târziu, aceşti muşchi modificaţi în extensibilitatea lor, se atrofiază, se sclerozează şi contractează aderenţe în noua lor situaţie, unindu-se cu noua capsulă pe care o întăresc, şi opun astfel un obstacol considerabil la reducţie.

2. *Suprafeţele osoase.* — *Cavitatea glenoidă,* lipsită de conţinutul său normal, devine sediul unor procese inflamatorii, ce tind a o obliterà. Dacă capul umeral repauzează pe marginea cavităţei glenoide, aceasta se va uzà; cartilagiul cavităţei devine fibros, se alterează; mase conjunctive umplu cavitatea, care se micşorează din ce în ce, luând forma semilunară, strâmtată în sens transversal şi alungită vertical.

1) A. Le Dentu et P. Delbet.

Capul umeral, care adeseori poate să rămâe aproape intact, se adaptează cu încetul la noua sa situaţiune. Se turteşte în partea care e în raport cu osul şi care va formà noua suprafaţă articulară. Din această cauză, el ià forme foarte diferite, rezultând adeseori un fel de articulaţiune prin îmbucătura reciprocă.

Imbrăcămintea cartilaginoasă a capului încearcă, de asemenea, diferite modificări: în unele părţi se atrofiază şi nu se mai găseşte dintr'însa decât resturi analoage cu picăturile de ceară (Albert); în alte părţi ea dispare cu totul şi ţesutul osos subjacent devine excesiv de neted; iar în altele, cartilagiul pare tăiat în faţete. Fracturele tuberozităţilor se observă adeseori şi se fac prin smulgere, mai ales smulgerea marei tuberozităţi e cea mai frecuentă.

4. *Vasele şi nervii.* — Prin raportul său direct cu articulaţia, pachetul vasculo-nervos este adeseori atins. Dintre toţi nervii plexului brachial, circonflexul e cel mai expus. Furnicăturile şi înţepenelile ce simt uneori bolnavii în membrul superior sunt datorite compresiunei nervului radial.

Arterele circonflexe ce înconjură colul chirurgical, sunt câte odată întinse aproape să se rupă. Alteori artera axilară e comprimată. Sistemul limfatic, el însuşi, e câte odată atins de compresiune.

In rezumat, cauzele nereductibilităţii în luxaţiunile relativ recente ţin mai mult de capsulă şi de părţile osoase interpuse între cap şi cavitatea glenoidă.

In luxaţiunile vechi, trebue a se ţine seamă de: „fenomenele [1]) de adaptaţie osteo-fibro-musculare, care au ca rezultat de a acomodà diversele părţi la poziţiunea lor vicioasă.

1) A. Le Dentu et P. Delbet.

IV. DIAGNOSTIC

Diagnosticul clinic al luxaţiunilor vechi scapulo-umerale este, în general, uşor, fiindcă atât inflamaţia, cât şi durerea ce acuză bolnavul, în urma traumatismului şi care jenau exploraţia articulaţiunei, au avut timp să dispară. Muşchii au suferit o oarecare atrofie, astfel că exploraţia scheletului a devenit şi mai uşoară. Chiar dacă bolnavul prezentă şi o fractură concomitentă, aceasta a avut timp să se consolideze — afară de unele cazuri de fractura colului anatomic — şi atunci putem mobilizà capul luxat şi să recunoaştem situaţiunea sa exactă, dându-ne seama că cavitatea glenoidă este lipsită de conţinutul său normal. Prin urmare, ar fi uşor să diagnosticăm nu numai existenţa luxaţiunei, dar şi varietatea sa, precum şi sediul exact al capului umeral.

Ca diagnostic diferenţial, nu vom puteà confundà o luxaţiune veche nereductibilă cu una recidivantă, care redusă, îşi reià la prima ocaziune poziţiunea sa vicioasă. O luxaţiune paralitică ne-ar induce mai uşor în eroare, mai ales când cauza paraliziei este un vechiu traumatism al umărului. S'ar puteà crede că avem de a face cu o luxaţiune veche, căreia i-a urmat paralizia, pe când în realitate lucrurile se petrec contrariu şi atunci faptul că aceste luxaţiuni paralitice se reduc uşor şi recidivează aproape imediat, ne pune pe calea adevăratului diagnostic. In fine, luxaţiile congenitale ale umărului, de altfel excepţionale, le vom recunoaşte imediat, având în vedere anamneza.

Dar, dacă diagnosticul e uşor, examenul clinic, însă, trebue făcut conştiincios, ajutându-ne la indicaţiile terapeutice. Vom stabilì gradul de impotenţă funcţională a membrului: un ajutor va fixà omoplatul, iar noi vom efectuà mişcări pasive ale membrului, spre a ne dà seama de laxitatea nearthrozei. Aceste mişcări le executăm cu o mână, iar cu cealaltă palpăm cu îngrijire capul umeral, spre a vedeà dacă nu cumva există o pseudo-arthroză. Apoi vom pune pe bolnav să execute mişcări active, omoplatul fiind tot fixat, spre a puteà aprecià gradul de impotenţă a muşchilor umărului. In fine, bolnavul va executà mişcări libere ca să putem aprecià mobilitatea centurei scapulare faţă de articulaţia sterno-claviculară.

Ne vom dà seama de natura şi amplitudinea mişcărilor ce bolnavul a mai păstrat, de starea elastică a muşchilor umărului, braţului şi antebraţului, de turburările trofice, nervoase, arteriale, etc.

Când vom aveà posibilitatea, vom face totdeauna şi 2 plăci radiografice ale umărului: una antero-posterioară şi alta supero-inferioară.

B. TRATAMENT

I. METODELE NESÂNGERÂNDE

Prima chestiune ce se impune spiritului nostru, în prezența unei luxațiuni vechi nereductibilă a umărului, este: „Ce trebue să facem?“ In primul rând vom încercà a reduce luxația prin metodele nesângerânde, începând cu cele mai puțin violente, spre a terminà cu mijloacele de forță, pe care le putem încercà odată sau de mai multe ori, în limitele condițiunilor permise și lăsând un interval de 5—10 zile între fiecare încercare. In general dacă luxațiunea nu e prea veche, putem încercà **metodele blânde** de reducțiune, cu prudență însă, întrebuințând, ca și la luxațiunile recente, unul din procedeele obișnuite: *(Kocher, Mothes,* etc.); tracțiuni continue prin greutăți, ajutoare, legături elastice, etc. Ele nu se fac, însă, fără întrebuințare de oarecare forță care, adeseori, e mai considerabilă de cum s'ar crede; astfel procedeul lui Kocher poate să deà fracturi ale colului umeral, căci o putere minimă aplicată spre exemplu la nivelul cotului determină, după legea pârghiilor, efecte considerabile la nivelul extremității superioare a umerului în mișcarea de rotație externă. In principiu, procedeele blânde, sunt aplicabile la toți indivizii, însă manoperile să fie făcute cu prudență, și să ținem seamă de *pre-*

pararea subiectului; căci trebue a aveà în vedere că în luxaţiunile recente manoperele de reducţiune constau în a face să urmeze capul un traect câte odată puţin complicat printre obstacolele care nu-s fixe; în luxaţiunile vechi trebue, pe lângă aceasta, să rupem aderenţele solide ale umerului, de acì diferenţele de technică ce se impun. *Morestin* zice: „Inainte de a face vre-o tentativă de reducţiune, vom începe prin a preparà terenul, aplicând timp de 2—3 zile masaj şi extensiune continuă prin greutăţi. După care, sub anestezie, membrul este încet şi gradat mobilizat prin mişcări de circumducţie din ce în ce mai intense, şi apoi vor aveà loc tentativele de reducţiune prin procedeul Kocher sau Mothes".

Aceste metode însă, sunt contraindicate atunci când radiografia ne arată că există deformaţiuni osoase, deviaţii ale oaselor, fragmente osoase, etc.

Când aceste procedee nu reuşesc, ceeace se întâmplă mai întotdeauna când luxaţia e mai veche de 2 luni, încercăm **metodele de forţă.** Nu vom insistà asupra acestor metode, ne fiind indicate decât în anumite cazuri. Se întrebuinţează diferite aparate speciale, mai mult sau mai puţin complexe şi care trebuesc utilizate nu din primele zile sau săptămâni, ci după 2 luni, când se presupune că nereductibilitatea ar ţine, nu de complicaţii speciale dela oase, tendoane sau dispoziţii capsulare ci de retracţia marginelor rupturei capsulare, scopul tracţiunilor fiind ruperea aderenţelor sau întinderea marginilor capsulare, graţie întrebuinţărei simultanee a mişcărilor de rotaţie a capului umeral. *Hennequin,* care a apărat cu căldură aceste metode, a putut reduce luxaţiuni ce datau de 4—5 luni. Dar tendinţa chirurgiei moderne e de a renunţà cu totul la aceste procedee, căci pe lângă că nu reuşesc de multe ori, sunt şi periculoase. Aşà, se citează cazuri de smulgeri ale antebraţului (Guérin), smulgeri a celor 4 ultime perechi din plexul brachial (Flaubert), ruperi ale arterei axilare, etc. In general putem recurge, dar cu prudenţă, la procedeele de forţă la acei indivizi care refuză intervenţia sângerândă

şi la care n'au reuşit metodele blânde, ţinând seama de contraindicaţiile ce ni le arată radiografia şi care constau în alteraţiuni osoase, deformaţii, deviaţii, fragmente osoase, etc. Metodele nesângerânde ne ajungând la un rezultat satisfăcător trebue totdeauna a intervenì? In această privinţă nu toţi chirurgii sunt de acord. Aşà *Malgaigne, Cooper* şi alţii, bazaţi pe faptul că de multe ori luxaţiunile umărului, chiar nereduse, nu se însoţesc în mod absolut şi definitiv de impotenţa membrului, au susţinut că e mai bine să ne abţinem. Ne citează cazuri în care după oarecare timp, prin educaţie, membrul îşi recăpătase oarecare mişcări. Dar, dacă într'adevăr există asemenea cazuri, excepţionale putem zice, în majoritate însă, braţul luxat nu se bucură decât de o mobilitate cu totul insuficientă şi fără intervenţiunea chirurgicală, bolnavul va rămâne un infirm. Chirurgii moderni sunt de părere cu totul contrarie de cei vechi, recomandând intervenţiunea, de aşà natură, încât să redeà pacientului un membru care să-i furnizeze maximul de travaliu util. Intervenţiunea chirurgicală se impune chiar, în cazul când capul luxat comprimă vasele şi nervii, producând dureri intolerabile.

Când intervenim, însă, trebue a ţine seamă şi de starea anatomo-patologică a ţesuturilor asupra cărora operăm, adică dacă au fost traumatizate prin una sau mai multe tentaţiuni de reducţiune prin metodele de forţă. In acest din urmă caz trebue să lăsăm un interval de 5—10 zile între ultima tentaţiune şi intervenţia sângerândă.

A operà mai curând, ar fi a ne expune să cădem pe niste ţesuturi traumatizate, muschi rupţi, focare echimotice, etc., ceeace n'ar fi fără inconvenient. Sunt cazuri în care bolnavul refuză intervenţiunea sângerândă, chiar când ar fi indicată şi atunci e bine a încercà în timp îndelungat a-i redà o parte din mişcări prin **metoda de educţie a mişcărilor,** metodă, ce se întrebuinţează cu mai mult succes la copii, la care trebue a respectà epifizele, scheletul nefiind complect desvoltat.

In rezulmat, intervenţiunea chirurgicală e contra-indi-

cată: 1) In luxaţiunile cu nearthroză, care permite membrului o libertate suficientă de mişcări pentru ca bolnavul să-şi poată exercită profesiunea sa.

2) In luxaţiunile cu turburări trofice prea pronunţate.

3) In predispoziţiile morbide vechi.

4) La bolnavii prea în etate, deşi s'au semnalat succese şi la bătrâni.

II. INTERVENȚIUNI CHIRURGICALE

Nu vom vorbì de procedeele de *osteotomie* al lui *Mears* (1877) și *Desprès,* astăzi lăsate în părăsire, al căror scop era de a obține o pseudoarthroză.

Vom cità numai *osteoclasia* a lui *Daniel;* de asemenea și *tenotomia,* practicată pentru prima oară de *Wisnhold* (1818), apoi de *Dieffenbach* și care apoi a fost lăsată în părăsire până la 1882, epocă în care *Polaillon* și *Mollière* au căutat să o reabiliteze.

In această metodă, care consistă în a distruge printr'o secțiune subcutanată bridele fibroase care împedică reducția, nu e recomandabilă, fiindcă se lucrează în întunerec și expune la rănirea vaselor, nervilor și tendoanelor, mai ales secțiunea lungei porțiuni a bicepsului. Și chiar dacă pentru moment țesuturile neoformate sunt separate, rămân însă fragmente, eschile osoase, etc., care nu așteaptă decât momentul oportun de a se reorganizà și a face o nouă ankiloză.

Astfel fiind, tuturor acestor metode nesigure vom preferà acele metode pe care orice chirurg trebue să le întrebuințeze și care constau în a căutà în câmp larg, deschis, obstacolele ce se opun reducțiunei și a operà în siguranță și cu precizie.

Aceste metode sunt: *„arthrotomia* și *rezecțiunea".*

Prin *arthrotomie,* chirurgul caută a readuce la loc ca-

pul umeral, înlăturând toate obstacolele ce împedecau reducțiunea și aceasta este metoda ideală în tratamentul acestor luxațiuni, care caută să redeà bolnavului integritatea anatomică și funcțională. Vom recurge la *rezecțiune* numai atunci când vom fi nevoiți, neputând liberà capul umeral și trebuind a-l suprimà.

ARTHROTOMIA

Cu toate că această metodă nu este nouă, putem însă să o considerăm ca una din cuceririle chirurgiei moderne.

Practicată de *Warren, Langenbeck, Volkmann, Ollier, Thomas, Lister, Kocher,* etc.; scopul ce ei au urmărit a fost, după înlăturarea obstacolului, de a readuce la loc capul umeral.

Burckhardt, în 1878 a operat o femee de 48 ani cu o luxaţie a umărului drept ce dată de 7 luni şi a obţinut vindecarea, fără accident, după 4 săptămâni. Mişcările pasive au fost începute dela a 14-a zi. Trei luni în urmă, bolnavul puteà să facă mişcări active, însă mişcările active de rotaţie în afară erau încă foarte limitate. Se mai citează 2 cazuri tratate prin această metodă, unul de *Thiersh* şi altul de *Albert. Poulet* şi *Bousquet* în *„Tratamentul de patologie externă"*, raportează cazul în care *Poncet* a practicat arthrotomia la un cismar din Philippeville pentru o sub-coracoidiană dreaptă ce durà de 3 luni.

Observaţiunile lui *Schonborn, Waston, Lister* ne probează că arthrotomia de mult timp e la ordinea zilei.

Ricard a operat la 5 Mai 1891, un bărbat pentru o luxaţiune a umărului drept, practicând *arthrotomia.*

La „societatea regală de medicină şi chirurgie din Londra" (1892), *Pearce Gould* şi *Waston Theyne,* au prezentat 2 bolnavi operaţi prin arthrotomie pentru luxaţiuni ale umărului, ce datau de două luni. *Pollosson,* din Lyon, a co-

municat la „al VII-lea congres de chirurgie francez", 5 observaţiuni de luxaţiuni scapulo-umerale, la care a practicat cu succes arthrotomia.

Tot la „al VII-lea congres de chirurgie francez", la 1893, *Domnul Profesor Dr. Severeanu,* a făcut o interesantă comunicare relativ la procedeul D-sale de arthrotomie în luxaţiunile vechi ale umărului, însoţită de o observaţiune pe care am anexat-o, în rezumat, la finele acestei lucrări (Obs. III-a).

Reboul[1]) a prezentat la Societatea de Chirurgie (1895) un caz de luxaţie sub-coracoidiană a umărului drept, operat cu succes după 55 zile dela accident. La 1908 *Morestin*[2]) a practicat arthrotomia la o luxaţiune sub-coracoidiană, ce dată de nouă luni şi la care a obţinut vindecarea, bolnava recăpătându-şi integritatea funcţională a membrului.

Actualmente cazurile de arthrotomie în luxaţiile vechi ale umărului sunt mult mai numeroase şi dau un rezultat cu totul superior celorlalte procedee operatorii.

Dacă voim să facem comparaţie între rezecţiune şi arthrotomie, aceasta din urmă se prezintă mai superioară din punct de vedere al rezultatelor imediate şi îndepărtate. Rezecţia e o operaţie mai gravă, după cum arată şi statisticele şi mişcările membrului se restabilesc mai cu greu, rămânând şi mai limitate. *Delbet* din 34 cazuri de rezecţie ne dă 5 morţi, adică o proporţie de 14.36%; iar din 28 reducţii prin arthrotomie, 3 morţi, adică 10,72%.

Noi nu vom studiă diferitele procedee de arthrotomie întrebuinţate de chirurgi în luxaţiunile umărului, ci le vom menţionă numai în treacăt, căutând a arătă inferioritatea lor faţă de procedeul D-lui *Profesor Severeanu,* pe care-l preconizăm şi ne-am propus a-l descrie într'un mod mai amănunţit. In susţinerea tezei noastre, ne sprijinim şi pe mai multe observaţiuni, pe care le-am anexat la finele acestei lucrări şi pe care le-am culeş: 2 din serviciul Dom-

1) Teză de Paris, 1902 (André).
2) Teză de Paris, 1910.

nului *Profesor Dr. Thoma Ionnescu* şi restul din serviciul D-lui *Profesor Severeanu.*

Procedee operatorii. — Arthrotomia scapulo-umerală e o operaţie destul de complexă şi operatorul trebue să ţie seamă şi de faptul că aderenţele fibroase se fac pe toată circonferenţa capului şi că dacă ele sunt, poate, mai rezistente înapoi şi în afară, sunt, însă, mai periculoase înainte şi înăuntru, unde se află situat pachetul vasculo-nervos. Pe de altă parte, articulaţia trebue să fie accesibilă şi înapoi spre a puteà degajà cavitatea glenoidă. Şi atunci, având în vedere că, glenoida e ajunsă mai uşor înapoi, vasele înainte, iar capul umeral în afară, — ne explicăm de ce procedeele operatorii variază după cum fiecare chirurg priveşte chestiunea.

Aşà *Nélaton* spre a puteà ajunge mai uşor la cavitatea glenoidă recomandă: 1. **calea posterioară.**

Prin această cale, însă, partea anterioară a capului umeral oricât de puţin ar fi depărtată este neaccesibilă şi astfel nu se pot ebilerà aderenţele anterioare, care uneori sunt destul de tari, spre a se puteà opune la reducţiune. Pe lângă aceasta, mai are inconvenientul că atunci, când cazul ne impune a face o rezecţie, pe această cale este imposibil a rezecà capul umeral; şi în fine, ramurile nervului circonflex sunt expuse de a fi sacrificate.

Singura indicaţie e în luxaţiile umărului înapoi.

2. **Calea axilară.** — *Incizia internă.* Intrebuinţată de unii chirurgi pentru singurul motiv că abducţia braţului face să proemine capul umeral în axilă.

Această cale, deşi permite a se rezecà capul, nu permite însă a-l reduce, fiindcă nu face accesibile nici unul din obstacolele ce se opun la reducţiune. In al doilea rând, expune la rănirea pachetului vasculo-nervos şi în fine, cavitatea glenoidă nu se poate curăţi cum se cade.

3. **Incizia antero-externă** a lui *Langenbeck,* pe care o întrebuinţà şi în rezecţia umărului, conduce aproape direct pe glenă, dar are desavantagiul că liberarea capului se face mai cu greutate, iar în cazul când capul umeral e

prea înainte, e aproape imposibilă. Pe lângă aceasta, se taie şi o mulţime de filete din nervul circonflex.

4. **Incizia anterioară.** — Nici incizia anterioară a lui *Farabeuf,* ce se întrebuinţează mai mult în arthrotomia simplă, nici aceea a lui *Ollier,* care merge în spaţiul interpectoro-deltoidian, nu sunt suficiente, spre a se puteà face reducţiunea, neputându-se ajunge cu înlesnire partea posterioară a capsulei fibroase ce s'a retractat şi care e unul dintre obstacolele cele mai puternice, ce se opun reducţiunei.

Spre a se înlătură acest inconvenient şi a se puteà face o deschidere mai largă, la incizia recomandată de Ollier se adaogă încă una orizontală, ce începe dela extremitatea superioară a primei inciziuni şi merge înapoi paralel cu marginea inferioară a claviculei, înconjurând acromionul până la 2—3 cm. înapoi de unghiul său posterior. Deltoidul este secţionat la nivelul inserţiunilor sale, cu rezerva unei bande de ţesut fibro-muscular suficient, spre a puteà suportà punctele de sutură.

Prin această incizie se ajunge mai uşor capul umeral şi chiar cavitatea glenoidă şi este cel mai indicat dintre procedeele studiate până acum şi preferat de mulţi chirurgi [1]).

5. **Incizia transversală,** recomandată de *Demons* şi *Legros,* puţin inclinată de sus în jos şi din afară înăuntru, lungă de 10 cm., începe la nivelul marginei posterioare a acromionului, trece la 5 mm. sub vârful acestei aprofise, pentru a câştigà direct vârful coracoidei. Deltoidul e incizat în aceeaşi direcţie, astfel că această cale, pe lângă alte neajunsuri, sacrifică şi muschiul deltoid.

1) Le Dentu et P. Delbet.

6. Procedeul Domnului Profesor Dr. Severeanu.

Din expunerea procedeului, ne putem dà seamă de superioritatea lui asupra celorlalte.

Inciziunea, care trebue a deschide nearthroza, trebue să satisfacă aceste trei condiţiuni:

1. *Să se poată liberà capul umeral de aderenţile sale.*

2. *Să se poată degajà vechea cavitate glenoidă.*

3. *Atunci când indicaţia o cere, să fie posibil de a rezecà capul umeral.*

Prin urmare, inciziunea va fi în aşà fel făcută, încât să ne asigure o cale largă, spre a puteà lucrà fără jenă, menajând tot deodată inserţiile muschiului deltoid şi vena cefalică.

Se face o primă inciziune transversală, lungă aproximativ de 10 cm. pe capul umărului, la 2 cm. de marginea acromionului, pe faţa lui superioară, interesând ţesuturile moi până la os. După aceea se taie cu ferestrăul marginea anterioară a acromionului. Dela extremitatea anterioară a primei inciziuni se scoboară o a doua inciziune, paralelă cu aceea a braţului şi alături de vena cefalică, lungă după necesitate, aproximativ de 8 cm.

Pe lângă aceste două inciziuni, Domnul Profesor Severeanu mai recomandă, în unele cazuri, când nu avem destul loc pentru a manoperà, o a treia incizie, aceasta iarăşi verticală, care începe însă dela extremitatea posterioară a inciziunei transversale.

De obicei, cele două prime inciziuni sunt suficiente, dând un câmp destul de larg şi obţinându-se prin ele un lambou triunghiular cu baza înapoi şi în jos. După ce am obţinut acest lambou, care coprinde în grosimea marginei sale superioare porţiunea apofisei ferestruite, îl resfrângem în jos. Prin această manoperă, fibrele acromiale ale deltoidului au fost resfrânte în jos, iar nu tăiate, de asemenea şi restul muschiului, deslipit de pe părţile profunde. Depărtând bine buzele plăgei, după ce am făcut secţiunile

necesare, ajungem la neo-capsulă, pe care o deschidem în toată întinderea sa. Odată neo-capsula incizată, avem posibilitatea de a introduce degetul înăuntru şi a explorà noua cavitate.

Uneori se întâlnesc mici părticele osoase detaşate, pe cari ridicându-le, reducţiunea se face uşor; dar de oibcei, sunt aderenţe solide, pe care trebue a le distruge cu răzuşa sau cu bisturiul, condus pe deget. Astfel vom distruge tot ce vom descoperì că ţine prins umărul de omoplat.

După ce s'a liberat capul umeral, vine rândul cavităţei glenoide şi de cele mai multe ori recurgem tot la răzuşă, spre a destupà această cavitate deformată de ţesutul fibros rezistent şi compact. Toaleta părţilor odată făcută, vom procedà la *reducţiune.* In cazurile favorabile, capul poate fi adus în cavitatea glenoidă prin simple tracţiuni, combinate sau nu cu mişcări de rotaţie. Dar, de cele mai multe ori, procedând astfel, nu reuşim, şi atunci Domnul Profesor Severeanu recomandă, afară de celelalte instrumente şi o *lingură solidă,* care se adaptează la hemisferul capului umeral şi cu care se poate apucà această extremitate pentru a o apropià de cavitate.

După ce capul umeral a fost adus în glenoidă, se reconstitueşte capsula fibroasă, suturând-o cu cat-gut; asemenea se suturează şi celelalte părţi incizate, spre a se menţine capul adus în cavitate.

Se aplică apoi 2—3 fire de argint pe părţile osoase ferestruite, spre a le apropià, notând direţiunea în care sunt răsucite şi scoţând capetele lor afară din plagă.

In fine, plaga este cusută în două etaje cu cat-gut sau fire de mătase, după ce s'a lăsat un drenaj.

Operaţiunea terminată, membrul va fi imobilizat, cotul fiind adus înainte şi înăuntru, spre a luptà contra acţiunei muschilor aductori retractaţi, care ar tinde să aducă înăuntru extremitatea superioară a umerului.

Putem sistematizà şi rezumà procedeul descris, în modul următor:

I) *Inciziunea musculo-cutanată* şi *ferestruirea acromionului.*

a) *Inciziunea transversală pe umăr de 10 cm. aproximativ, interesând ţesuturile moi până la os;*

b) *Tăerea cu ferestrăul a marginei acromionului;*

c) *Inciziunea sau inciziile dealungul braţului, după trebuinţă;*

d) *Resfrângerea în jos a lamboului şi depărtarea buzelor plăgei.*

II) *Inciziunea neo-capsulei.*

III) *Căutarea şi destrucţia obstacolelor ce se opun la reducţiune.*

IV) *Reducţiunea capului umeral.*

V) *Sutura oaselor, a părţilor moi şi pansamente.*

Sunt cazuri în cari reducţiunea nu e posibilă, oasele articulaţiunii fiind prea alterate, şi atunci, după ce explorăm articulaţiunea, facem rezecţiunea; după cum s'a procedat în cazul menţionat în a 2-a observaţie a noastră.

Procedeul D-lui Profesor Severeanu este destinat a fi utilizat în orice intervenţiune ce se face asupra articulaţiunei scapulo-umerale, în care e nevoe a aveà un câmp larg deschis, spre a lucrà în siguranţă şi cu preciziune; deci îl vom preferà tuturor celorlalte procedee, utilizându-l nu numai în luxaţiuni vechi ale umărului, ci şi în cazuri de ankiloză, ori când voim a extrage corpi streini din articulaţiune, etc.

REZECȚIUNEA

Rezecțiunea poate să fie impusă dela început, excluzând reducțiunea, atunci când există concomitent cu luxațiunea și o fractură a colului umeral, fractură vicios consolidată și care nu permite capului de a se orientà convenabil în raport cu cavitatea glenoidă.

Dar, în afară de aceste cazuri, de altfel prea puțin frequente, indicațiile primitive ale rezecțiunei sunt foarte restrânse și chirurgul de obicei se decide, dacă trebue să facă arthrotomie ori rezecțiune, în timpul intervențiunei. Totuși, au fost chirurgi ca: *Post* (New-York), *Warren, Langenbeck, Volkmann, Küster,* etc., care au preferat dela început rezecțiunea în luxațiunile vechi umerale.

Pe de altă parte, alții ca *Malgaigne, Follin, Duplay*, etc., condamnau în mod formal această intervențiune. In realitate nu aveau dreptate nici unii nici alții; căci, dacă în majoritatea cazurilor rezecțiunea nu e de recomandat, în anumite cazuri, însă, ea se impune. Pentru ca chirurgul să fie forțat a practică rezecțiunea trebue ca alterațiunile articulare să fie atât de înaintate, încât reducțiunea să fi devenit imposibilă.

Prin urmare se va recurge la rezecțiune oridecâteori capul umeral va fi prea deformat sau hipertrofiat, iar cavitatea glenoidă prea diminuată în sens transversal, ceeace ar conduce la o reproducție fatală a deplasărei. De asemenea va fi impusă oridecâteori se constată că nici una

din cele 2 suprafețe articulare nu posedă cartilagiul său suficient intact; căci, suprafețele osoase denudate de cartilagiu, vor aderà între ele și vor conduce aproape sigur la ankiloză. In fine, se va apelà la rezecțiune și atunci când după liberarea aderențelor capului se va recunoaște că reducțiunea nu va fi posibilă decât cu sacrificarea prea intensă a muschilor peri-articulari.

Acum, după ce arătarăm pe scurt în ce cazuri ar fi indicată rezecțiunea, să expunem în câteva cuvinte procedeul operator.

Până la deschiderea nearthrozei întrebuințăm acelaș procedeu pe care l-am descris la arthrotomie (Prof. Severeanu); prin urmare, primele trei timpuri se confundă cu acele descrise.

Odată capul descoperit, se separă tăind bridele ce se întâlnesc și care ar puteà să facă obstacol la reintegrarea noului cap umeral; căci, dacă ne-am mărginì în a decapità umerul, am riscà să lăsăm înaintea cavității glenoide, resturile vechei capsule, formând între capătul umeral și cavitate un fel de menisc.

Al patrulea timp constă în *rezecțiunea capului umeral.* Sunt cazuri în care o excizie superficială a calotei umerale e suficientă spre a permite reducțiunea. Va fi de ajuns — zice *A. Le Dentu* și *P. Delbet* — de a tăià succesic mici părticele, încercând de a reduce capul după fiecare secțiune, astfel ca să nu luăm nici prea mult nici prea puțin.

Dar, dacă extremitatea superioară a umerului e prea hipertrofiată, dacă cele 2 tuberozități sunt prea voluminoase, dacă capul a fost prea mult timp menținut în afara cavității glenoide, atunci trebue a-l suprimà în întregime, la nivelul părței superioare a colului chirurgical.

Al V-lea timp: După ce s'a făcut rezecțiunea, se va așezà capătul umeral în sus și înapoi în contact cu glena.

Al VI-lea timp: Se va închide capsula și se vor fixà extremitățile secționate la capsula articulară prin câteva puncte de sutură cu cat-gut.

După aceea se închide plaga şi se aplică un pansament aseptic, având grijă de a lăsà un drenaj şi apoi se imobilizează membrul.

In rezumat, ne asociem la opiniunea lui *Ollier* care zice: „Rezultatul orthopedic şi funcţional al *reintegraţiunei su-*„*prafeţelor articulare,* fiind în mod incomparabil de su-„perior *rezecţiunei,* pentrucă este reîntoarcerea la starea „normală, când se previne supuraţiunea articulaţiunei, in-„tervenţiunea sângerândă în luxaţiunile nereductibile va „trebuì în totdeauna să înceapă cu *syndesmotomia* şi nu „se va face recurs la rezecţiune decât dacă reintegraţiunea „osoasă este imposibilă".

Cu *A. Le Dentu* şi *P. Delbet,* vom zice: *„Arthrotomia este mijlocul, reducţiunea scopul, iar rezecţiunea expedientul".*

III. TRATAMENTUL POST-OPERATOR

Dacă succesul operator nu corespunde totdeauna aşteptărilor chirurgului, cauza e şi faptul că nu se dă destulă atenţiune tratamentului post-operator.

Indată ce operaţiunea a fost terminată şi s'a aplicat un pansament aseptic, membrul operat va fi alipit de trunchiu, umerul fiind în rotaţie internă, antebraţul flexat pe braţ, iar mâna, având degetele întinse, aplicată pe regiunea supra-claviculară de partea opusă. Vom aveà grijă de a interpune între membrul operat şi trunchi destulă vată pentru a prevenì compresiunea.

După aceea se va fixà membrul în această poziţiune printr'un aparat, cât de simplu, spre a permite schimbarea pansamentului, când va fi nevoe, supraveghind ca în totdeauna capul sau capătul umeral să fie în raport cu cavitatea glenoidă. Se ţine membrul astfel imobilizat aproximativ 20—30 zile, în caz de arthrotomie, după care timp se va încercà să se imprime articulaţiei oarecare mişcări puţin întinse de ridicare şi de rotaţie, de două ori pe zi, după masaj.

Dacă plaga nu e cicatrizată, dacă e reacţie inflamatorie şi bolnavul acuză dureri, atunci ne abţinem de a mobilizà.

In caz de rezecţie nu vom încercà mobilizarea membrului decât după 4 săptămâni dela operaţie.

După ce am făcut 8-10 zile asemenea mişcări uşoare de ridicare şi de rotaţie, putem încercà şi mişcări de abducţie.

Masajul, pe care-l vom face dimineaţa şi seara, va contribuì mult la mobilizarea membrului, cu condiţiunea însă, ca să fie făcut metodic şi în mod regulat.

Se mai recomandă şi *electricitatea,* mai ales pentru muschiul deltoid, care e muschiul principal al umărului. Se întrebuinţează *galvanizaţia* continuă, aplicându-se un electrod pe ceafă şi altul pe partea externă a deltoidului.

Se vor face şedinţe zilnice de câte un sfert de oră. Nu trebue a uità nici *mecanoterapia,* care a dat rezultate destul de frumoase, mai ales în cazurile de ankiloză; de aceea vom puteà-o preconizà când operaţia nu ne-a dat rezultate destul de satisfăcătoare. Se fac una sau două şedinţe zilnic de câte 2 ore şi după o lună sau două, ajungem a face ca articulaţiunea să-şi recapete aproape funcţiunea sa normală.

Principalele aparate întrebuinţate şi pe care nu le vom descrie sunt: 1) De circumducţie activo-pasivă; 2) de flexiune şi extensiune a umărului; 3) de abducţiune şi aducţiune a braţului.

Prin urmare, vom dà mare atenţiune tratamentului post-operator; căci, după cum zice *Morestin* „dacă operaţiunea e un fapt capital, tratamentul post-operator nu e mai puţin important şi operaţia nu însemnează nimic fără îngrijirile post-operatoare. Trebue dar a ţine seamă de aceşti factori, dacă voim a obţine dela chirurgia operatorie tot ceeace ea trebue să ne deà în domeniul deformaţiunilor articulare".

C. OBSERVAŢIUNI

OBSERVAŢIA I.

(Serviciul D-lui Profesor Dr. Thoma Ionnescu).

Luxaţiune extra-coracoidiană a umerului drept.

Maria R..., de 15 ani etate, intră în serviciul D-lui Profesor Dr. Thoma Ionnescu, la 18 Septembrie 1912.

Cu 5 luni mai înainte, jucându-se cu un frate al ei, acesta i-a apucat mâna dreaptă pe la spate şi i-a tras-o brusc înapoi, imprimându-i, în acelaş timp, şi o mişcare de torsiune dinăuntru în afară. Pentru moment, bolnava n'a simţit dureri mari în articulaţia scapulo-umerală dreaptă, dar treptat ele s'au accentuat, pierzând şi mobilitatea membrului, astfel că la intrarea în spital nu se mai puteà servì de el aproape deloc. Nu s'a mai căutat până acì cu nici un medic, întrebuinţând leacuri băbeşti.

La intrarea în spital, prin examenul făcut bolnavei, se constată că umărul drept n'are rotunjimea normală şi se află pe un plan mai scoborît ca cel stâng.

Capul îl ţine plecat spre partea bolnavă. Peretele anterior al axilei puţin proeminent, iar sub acromion o uşoară depresiune. Braţul în rotaţie externă, cotul puţin depărtat de corp. Mişcările membrului superior drept limi-

tate. Capul umeral e însoţit în mişcările sale de omoplat. Muschii umărului şi braţului puţin atrofiaţi, iar un traumatism cât de mic în această regiune, produce dureri vii. In cazul acesta, suntem în prezenţa unei luxaţiuni scapulo-umerale extra-coracoidiană, învechită, ce datează de 5 luni.

La 24 Septembrie 1912, D-l Dr. Amza Jianu, intervine pe cale sângerândă, sub rachianestezie dorsală superioară (stovaină 0,02 ctg. — stricnină 0,001), întrebuinţând, pentru a deschide articulaţia, procedeul de arthrotomie al D-lui Prof. Severeanu.

Prin cele două incizii, una transversală pe umăr şi cealaltă verticală dealungul braţului, după ce s'a ferestruit marginea acromionului, se obţine un lambou triunghiular, cu baza în jos şi înapoi. Lamboul fiind resfrânt în jos, împreună cu muschiul deltoid deslipit de pe părţile profunde, buzele plăgei depărtate, articulaţiunea scapulo-umerală rămâne larg accesibilă.

Capsula deschisă, se constată capul umeral puternic fixat de omoplat de aderenţe numeroase, aproape osoase, care au fost distruse cu răzuşa, daltă şi ciocan. Cavitatea glenoidă a fost curăţită de conţinutul său, iar capul umeral a fost adus în contact cu ea. Pentru a evită o ankiloză, D-l Dr. Amza Jianu a interpus între cavitate şi cap o mică porţiune din muschiul deltoid. Se suturează straturile profunde şi superficiale ale plăgei, lăsând un mic dren. Părţile osoase ale acromionului, ce fuseseră secţionate, au fost suturate cu cat-gut gros, făcându-se găurile necesare cu un burghiu. Se aplică un pansament aseptic şi membrul se imobilizează, antebraţul fiind flexat pe braţ, iar mâna, cu degetele întinse, aplicată pe umărul opus. După operaţie, bolnava s'a simţit bine, a avut uşoară temperatură, ce a scăzut în câteva zile.

La 14 Octombrie a ieşit din spital, după cererea sa, continuând însă a veni la pansament.

La 20 zile dela operaţie, s'a început mobilizarea articulaţiunei operate, prin uşoare mişcări pasive şi masaj. Acum bolnava continuă a veni la spital, se simte bine, şi a recăpătat o bună parte din mişcările membrului superior drept.

OBSERVAȚIA II.

(Serviciul D-lui Profesor Dr. Thoma Ionnescu).

Luxațiune sub-coracoidiană a umerului drept.

Frusina A..., în etate de 33 ani, intră în serviciul D-lui Profesor Dr. Thoma Ionnescu, la 16 Februarie 1912.

In luna Maiu 1911, căzând de pe o scară, dela o înălțime de aproape 2 metri, pe umărul drept, a simțit dureri vii în regiunea atinsă, dureri ce au fost urmate de impotența membrului. Chemat un medic, acesta a constatat o luxațiune scapulo-umerală dreaptă, pe care n'a reușit să o reducă. Tumefacția și durerea au dispărut treptat, așă că la vre-o două luni după accident, bolnava a început să-și facă masaj, pe care l-a continuat vre-o 4 luni. Văzând că nu-i revin mișcările membrului, a intrat în spital.

La examenul bolnavei, se constată că umărul din dreapta pare mai ascuțit, lipsindu-i rotunjimea normală. Sub acromion se observă o mică depresiune. Capul umeral se simte, palpat fiind prin axilă. Brațul are oarecare grad de rotație externă, cotul depărtat de trunchiu. Bolnava are puțină amorțeală la degetele mâinei. Mișcările articulației scapulo-umerale drepte sunt reduse, mai ales cele de ridicare și circumducție. Dureri spontanee nu are, dar mișcările provocate sunt dureroase.

Neputându-se reduce luxația, se intervine la 29 Februarie, după ce s'a făcut rachianestezia dorsală superioară (stovaină 0,02 ctg., stricnină 0,001), întrebuințându-se spre a deschide articulația, procedeul D-lui Profesor Dr. Severeanu.

Odată articaluția deschisă, s'a constatat capul umeral deformat, hipertrofiat și adera strâns la omoplat. Neputându-se reduce în cavitate capul umeral, s'a rezecat. S'a apropiat apoi capătul umeral de glenoidă, după ce aceasta a fost bine curățită, și s'au fixat printr'un fir de argint. S'au suturat straturile profunde și superficiale, lăsându-se un dren. Părțile osoase ale acromionului, care fuseseră ferestruite, au fost suturate cu cat-gut. Membrul superior drept a fost apoi imobilizat, mâna, cu degetele întinse, fiind aplicată pe umărul opus. După operație, bolnava a avut puțină temperatură, ce a dispărut după 2—3 zile.

Bolnava a ieşti din spital la 13 Martie, după insistenţa sa, continuând însă a veni la pansament.

La 28 zile s'a început mobilizarea membrului prin mişcări uşoare şi masaj.

La 2 luni dela operaţie, bolnava căpătase oarecare mişcări ale mebrului operat, dată dela care n'a mai putut fi urmărită.

OBSERVAŢIA III [1]).

Luxaţiune sub-coracoidiană a umerului stâng.

Anghel I...., de 38 ani; la 24 August 1892 voind a descălecă, calul s'a speriat şi el agăţându-se de şea, a căzut pe latura stângă, astfel că umărul şi braţul, pe pământ, a suportat toată greutatea corpului. De atunci nu s'a mai putut servì de braţul stâng, care devenise dureros, atârnà greu, şi se umflase la încheietura de sus. Dela 24 August, data luxaţiei, şi până la 10 Noembrie (77 zile), pacientul s'a căutat cu oblojeli şi descântece. La 10 Noembrie, un bătrân, care se dà ca specialist în asemenea cazuri, i-ar fi repus braţul la loc, spune dânsul, dar 4 zile în urmă, scoţând legătura ce i se aplicase, luxaţia s'a reprodus. Dela această dată şi până la intrarea în spital n'a mai făcut nici un tratament. Prezentându-se în serviciu, D-l Prof. Dr. Severeanu, a constatat existenţa unei luxaţii sub-coracoidiene vechi, de oarece dată de 103 zile, şi a încercat să o reducă prin mijloace uşoare, fără a reuşì. La 12 Decembrie, cinci zile după prima tentativă, a încercat din nou reducţia, de astădată prin metodele de forţă, dar iarăşi fără rezultat. Atunci s'a decis a intervenì la 23 Decembrie, aplicând pentru prima oară pe viu, procedeul de arthrotomie

---

1) Această observaţie a fost comunicată de D-l Prof. Dr. Severeanu, împreună cu procedeul D-sale de arthrotomie, la «*al VII-lea congres de chirurgie francez*» şi publicate în «*România medicală*», anul I. No. 2, de *D-l Docent Dr. Racoviceanu* (Piteşti), medic primar al serviciului chirurgical dela spitalul Colentina.

imaginat de D-sa şi pe cari l-am descris în cursul acestei lucrări.

Ajungând, prin procedeul D-sale, la articulaţie şi deschizând-o, a putut constată, degetul introdus înăuntru, cavitatea glenoidă liberă şi capsula bună. După aceea a depărtat tendonul bicepsului şi a distrus cu răzuşa aderenţele, care erau destul de rezistente. Văzând că nu reuşeşte a readuce capul umeral în cavitatea glenoidă, deşi a încercat tracţiuni asupra membrului până la 140 kgr., a introdus răzuşa în sus şi înapoia capului umeral, exercitând mişcări de dislocare, pe când un ajutor împingeà asupra capului dinspre axilă. Graţie acestor mişcări combinate, capul umeral şi-a reluat poziţiunea sa normală în cavitatea glenoidă. Odată capul redus, plaga a fost închisă în modul următor: cu trei fire de argint s'a făcut cusătura osoasă a acromionului; s'au făcut cusăturile musculare profunde şi în fine cea superficială în lanţ, lăsându-se un dren de tifon iodoformat. După operaţie, pacientul n'a avut febră, plaga a mers cât se poate de bine. Din cele 3 puncte cutanate, prin care treceau firele de argint, au apărut burgeoni moi, cari au supurat, restul plăgei s'a reunit prin prima intenţie.

La 22 zile după operaţie, s'a început a se face mişcări braţului, aşà că cu încetul pacientul singur a început să execute uşoare mişcări de ridicare, abducţie şi aducţie.

La a 33-a zi (după operaţie) s'au scos firele de argint.

D-l Prof. Dr. Severeanu a întrebuinţat în această operaţie o metodă nouă de hemostază [1]); după aplicarea bandei lui Martin, s'a luat un tub de cauciuc gros şi lung de un metru, mijlocul căruia a fost aplicat sub subţioară, vârfurile aduse deasupra umărului, au fost încrucişate şi trecute unul înainte, altul înapoia trunchiului şi încredinţate unui ajutor.

---

1) Această metodă de hemostoză a fost descrisă şi publicată în «*România medicală*», odată cu observaţia, de către *D-l Docent Dr. Racoviceanu* (Piteşti), medic primar al serviciului chirurgical dela spitalul Colentina.

OBSERVAȚIA IV.

Luxațiune intra-coracoidiană a umerului drept.

Iancu L..., de 40 ani etate, cârciumar, a intrat în serviciul chirurgical al D-lui Prof. Dr. Severeanu, la 17 Martie 1894. Două luni înaintea intrării în spital, mergând la munte într'o căruță, aceasta s'a răsturnat și bolnavul a fost aruncat într'o râpă. In urma accidentului, bolnavul a simțit dureri mari în umărul drept care s'a inflamat și membrul superior a devenit impotent. Arătându-se la un medic din localitate (Piatra), acesta i-a prescris băi și oarecare pomezi, probabil, ignorând diagnosticul, tratament ce l-a urmat timp de 6 săptămâni.

La intrare în spital, prin inspecție, tumefacția fiind dispărută, s'a observat umărul drept lăsat mai jos decât cel stâng, capul bolnavului înclinat spre dreapta. Sub acromion o depresiune, iar în depresiunea sub-claviculară o proeminență rotundă, capul umeral. Introducând mâna în fundul axilei s'a constatat prezența nu a capului umeral ci a gâtului chirurgical.

Brațul în abducție și puțină rotație internă, iar cotul depărtat de trunchiu. Membrul bolnav prezintă mișcările limitate mai ales cele de proecțiune înainte. Nu există compresiunea vaselor sau nervilor.

D-l Prof. Dr. Severeanu a încercat a reduce luxația prin procedeele nesângerânde în 2 ședințe, la 20 Martie și la 27 Martie, dar fără rezultat. Atunci a intervenit întrebuințând procedeul D-sale de arthrotomie.

Capsula deschisă în toată lungimea sa, cu răzușa a deslipit înserțiile umerale și a distrus numeroasele aderențe, dintre care unele erau aproape osoase. Capul fiind încă fix, D-l Prof. Dr. Severeanu s'a servit de lingura imaginată de D-sa, apucând hemisferul umeral pentru a-l aduce în cavitatea glenoidă, după ce aceasta a fost răzuită, în toate direcțiile, spre a face loc capului umeral. Capul readus în cavitate, s'a făcut suturile profunde, suturele osoase cu fire de argint, și sutura superficială, lăsându-se un dren de tifon iodoformat.

Membrul imobilizat, antebrațul fiind flexat și mâna cu degetele întinse, aplicată pe umărul opus.

Bolnavul a ieşit din spital la 16 Iunie, după cererea sa, în următoarea situaţie: plaga cicatrizată, afară de un mic punct situat înaintea acromionului, la unirea incizei transversale cu cea longitudinală.

Mişcările reveniseră foarte puţin. Bolnavul puteà execută o uşoară mişcare de abducţie.

La 4 luni dela ieşire din spital, bolnavul a scris că mişcările i-au revenit în parte, în cât îi permit a duce mâna la ochi. Cerându-se amănunte dela medicul din localitate (Dr. Stein), acesta a răspuns: „Braţul are acelaş volum ca şi cel stâng... abducţia braţului spre înapoia corpului e cea mai posibilă şi cea mai întinsă. Astfel încât poate să ducă braţul până dincolo de coloana vertebrală, adică până în partea stângă a dosului, fără cea mai mică durere. Abducţia braţului dela planul lateral drept e mărginită, aşà că cotul nu se depărtează de torace decât cu 25 c. m.“.

OBSERVAŢIA V.

Luxaţiune sub-glenoidiană a umerului drept.

Dumitru M..., plugar, de 60 ani, a intrat în serviciul D-lui Prof. Dr. Severeanu la 23 Maiu 1894.

Cu 5 săptămâni mai înainte a căzut de pe un pătul pe umerul drept, după care, partea contuză s'a inflamat, iar membrul superior drept a perdut mişcările.

La intrarea în spital s'a constatat că umărul erà deformat, acromionul mult proeminent, iar sub el o depresiune în deltoid, care erà întins. De asemenea peretele anterior al axilei mult mai întins ca cel din partea sănătoasă. Cotul depărtat de trunchi şi capul aplecat de partea bolnavă.

Capul umeral se simţeà bine prin axilă, fiindcă proeminà în această scobitură. Mişcările voluntare ale membrului bolnav erau abolite, iar cele pasive puţin dureroase. Incercările de a rotà braţul au fost zadarnice şi dureroase.

Procedeele nesângerânde nereuşind să reducă luxaţia, D-l Prof. Dr. Severeanu, la 28 Maiu, a intervenit asupra articulaţiei, care deschisă, a constatat cavitatea glenoidă ce se

găseà aproape complect astupată şi a răzuit-o. De asemenea a excizat aderenţele fibroase ce ţineau capul umeral prins. Odată operaţia terminată, plaga suturată a imobilizat membrul, mâna fiind aplicată pe umărul opus.

Cu toate precauţiunile antiseptice luate, plaga a supurat şi s'au format la nivelul umărului şi pe peretele toracic abscese, ce au trebuit deschise.

La *26 Iunie* s'a observat la nivelul absceselor apariţia unui eritem medicamentos, pe partea anterioară a toracelui şi pe umăr, în zilele următoare un edem, dela umăr până la antebraţ, ce erà nedureros.

La 26 Iulie, după dorinţa sa, bolnavul a ieşit din spital în următoarea stare : eritemul medicamentos şi edemul membrului superior drept aproape dispărute, aşà că permiteau bolnavului să execute cu înlesnire mişcările de flexiune şi extensiune ale antebraţului. In dreptul depresiunei acromio-coracoidiene se observà o ulceraţie de formă stelară ca un bob de mazăre. Restul plăgei erà cicatrizat, precum şi plăgile formate de deschiderea absceselor.

Relativ la mobilitatea membrului drept: bolnavul duceà cu înlesnire palma mânei pe umărul opus, extensiunea şi abducţiunea limitate, mişcările de rotaţie internă posibile, cele de rotaţie externă anevoioase.

OBSERVAŢIA VI.

Luxaţiune sub-coracoidiană a umerului drept.

Frantz P..., de 42 ani, intră în spital la 27 Noembrie 1893.

In urma unui accident, căzând pe umerul drept a căpătat o luxaţie scapulo-umerală. Timp de 4 săptămâni n'a făcut nici un tratament.

La intrarea în spital s'a constatat, atitudinea bolnavului anormală, umărul bolnav pe un plan mai scoborît. Sub acromion s'a observat o depresiune. Marginea anterioară a axilei drepte mai coborîtă ca cea stângă. Depresiunea sub-claviculară ştearsă de partea dreaptă, iar peretele anterior al axilei mai rezistent, simţindu-se capul umeral. Braţul rotat

puţin în afară, cotul depărtat de trunchi. Mişcările membrului superior drept limitate, mai ales cele de ridicare şi circumducţie.

Nu s'a observat nici o atrofie sau anestezie a braţului, dar mişcările provocate erau dureroase.

La 4 Decembrie, D-l Prof. Dr. Severeanu intervenind şi deschizând capsula, cu răzuşa şi bisturiul a distrus aderenţele fibroase, care menţineau capul umeral fixat în poziţiunea sa vicioasă. Apoi cu lingura D-sale introdusă între cap şi cavitatea glenoidă, după mai multe încercări anevoioase a reuşit să aducă capul care prezintă un calus enorm al marei tuberozităţi a umărului, probă că luxaţia fusese însoţită şi de o fractură. Cavitatea glenoidă nu erà alterată, cartilagiul normal. Capul redus, plaga suturată, membrul a fost imobilizat.

Plaga erà cicatrizată la 28 Martie, iar la 1 Aprilie bolnavul a ieşit din spital în următoarea stare: forma umărului drept ca şi cea sănătoasă, contractibilitatea deltoidului normală. Mişcarea de rotaţie internă aproape complectă, cea de abducţie slabă, cea de aducţie normală. Bolnavul puteà duce mâna pe umărul opus.

NB. Ultimele 3 Observaţiuni le-am cules, în rezumat, din teza D-lui Mărculescu, din 1894.

D. CONCLUZIUNI

I. Intervenţiunea chirurgicală asupra luxaţiunilor scapulo-umerale traumatice vechi nereductibile, este indicată oridecâteori mijloacele blânde sau violente, întrebuinţate în mod raţional, n'au reuşit să le reducă.

II. Dintre toate intervenţiunile chirurgicale, *arthrotomia,* prin *procedeul D-lui Profesor Severeanu,* trebue în totdeauna preferată, aceasta fiind o operaţiune benignă, putând conservà membrului integritatea sa şi a-i redà forma şi funcţiunile normale.

III. Nu vom recurge la *rezecţiune,* decât atunci când reducţiunea va fi imposibilă, din cauza alteraţiunilor osoase ale articulaţiunei bolnave, asociindu-ne la opiniunea lui *A. Le Dentu* şi *P. Delbet* care zic: „In luxaţiunile scapulo-umerale traumatice vechi nereductibile, arthrotomia este mijlocul, reducţiunea scopul, iar rezecţia expedientul".

IV. Tratamentul post-operator e de mare importanţă şi constă în a mobilizà membrul, cât mai curând posibil, întrebuinţând în acelaş timp masajul şi la nevoe electricitatea şi mecanoterapia.

Văzută şi bună de imprimat :

Preşedintele Tezei,
Prof. Dr. THOMA IONNESCU

Decanul Facultăţii de Medicină
Prof. Dr. M. PETRINI-GALATZ

Afară de subiectul tezei, juriul are drept a interogà pe candidat orice chestiune medicală.

BIBLIOGRAFIE

1. *André.* Thèse, Paris, 1902.
2. *Albert.* Traité de chirurgie clinique et de médecine opératoire, (1894).
3. *Alivisatos.* Thèse de Paris, (1896—1897).
4. *Berger.* Chirugie orthopedique, (1904).
5. *Duplay* et *Reclus.* Traité de chirurgie (T. III).
6. *Farabeuf.* Précis de manuel opératoire.
7. *Forque E.* Traité de pathologie externe.
8. *Gaston Rais.* Thèse de Paris, (1910).
9. *Goudin* H. Thèse de Paris, (1900).
10. *G. Le Frêche.* Thèse de Paris, (1907).
11. *Hamilton.* Traité pratique des fractures et des luxationes.
12. *Le Dentu* et *P. Delbet.* Traité de chirurgie clinique et opératoire.
13. *Mărculescu.* Teză de Bucureşti, (1894).
14. *Malgaigne.* Traité des fractures et des luxationes.
15. *Monod Gh.* te *Vanverts I.* Traité de téhnic opératoire, (1902).
16. *Nélaton.* Elements des pathologie chirurgicale.
17. *Ollier.* Traité des resections et des opérations conservatrices.
18. *Ricard* et *Laungay.* Traité de thérapetique chirurgicale.
19. *Richet.* Clinique chirurgicale.
20. *Testut* et *Jacob.* Anatomie topografique.

12.859. — Tip. Profesională, Dim. C. Ionescu, strada Câmpineanu, 9.